

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

УДК 614.2:614.1:312.24

В.А. Власов, С.М. Кутенов, О.П. Ковтун, Е.Э. Лайковская

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: АНАЛИЗ, ОПЫТ, ПРОГНОЗ

Вопросы демографического развития представляют непреходящую актуальность, поскольку являются одним из базовых факторов формирования социально-экономической стабильности общества.

В последние годы появилось понятие «демографическая безопасность». Оно, в первую очередь, связано с изучением таких характеристик как рождаемость, смертность, естественный прирост населения, брачность, разводимость, продолжительность жизни, миграционный прирост и миграционные потоки, возрастной состав и возрастная структура населения и т.д., значения которых обеспечивают или не обеспечивают процесс воспроизводства населения, а, следовательно, и социально-экономическое развитие общества [7].

По оценкам российских специалистов [5,6,8,10,11], экспертов Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [2,3,4], в течение последних 15 лет Россия испытывала серьезный демографический кризис. В результате варианта демографического развития предшествующего периода имеет место депопуляция. Этот процесс начался в первой половине 90-х годов и совпал с экономическим кризисом в стране. С 1986 г. происходит устойчивое сокращение общего прироста населения, который к 1991 г. уменьшился почти в 8 раз. С 1993 г. естественная убыль населения находится на стабильно высоком уровне (0,7-0,9 млн человек в год), в отдельные годы реформирования российской экономики величина естественной убыли населения в государстве приближалась к 1 млн человек в год. Численность населения страны за 1992-2000 гг. сократилась на 3,5 млн человек и к началу 2001 г. составляла 146,3 млн человек. Динамика численности населения: 2002 г. – 145,6 млн, 2003 г. – 145 млн, 2004 г. – 144,2 млн, 2005 г. – 143,5 млн, 2006 г. – 142,7 млн человек. По итогам 2006 г. естественная убыль населения в России составила 689,5 тыс. чел. или 4,8 чел. на 1000 человек населения. На 1.01.2007 г. в России зарегистрировано 142,2 млн человек.

Низкая рождаемость является первой причиной формирования убыли населения. Еще с конца 60-х годов рождаемость в России опустилась ниже уровня, необходимого для простого воспроизводства населения. Современные параметры рождаемости в 2 раза меньше, чем требуется для замещения поколений. В настоящее время в Российской Федерации в среднем на 1 женщину приходится 1,27 рождений при уровне в 2,15, необходимом для простого воспроизводства населения. В ряде регионов Европейской части Рос-

сии суммарный коэффициент рождаемости составляет около 1,0 рождения на женщину.

Характер рождаемости в Российской Федерации определяется массовым распространением малолетности (1-2 ребенка), сближением параметров рождаемости городского и сельского населения, откладыванием рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости. Ситуация с рождаемостью осложнена ухудшением положения с брачностью. По сравнению с 1990 г. общий коэффициент брачности к 2000 г. снизился почти на треть. Молодые пары все чаще отказываются от официальной регистрации брачных отношений. Как результат – распространение добрачных сожительств и не оформленных юридически браков. Начиная с 2000 г., практически каждый четвертый ребенок родился вне брака.

Депопуляция в Российской Федерации обусловливается не только низкой рождаемостью. Крайне острой проблемой является высокая смертность населения. Некоторое улучшение ситуации со смертностью в 1995-1998 гг. оказалось непродолжительным. С 1999 г. смертность населения страны вновь начала расти.

Общие тенденции динамики смертности населения страны во многом определяет «сверхсмертность» людей трудоспособного возраста (более 30% умерших), среди которых около 80% составляют мужчины. Уровень мужской смертности в 3,5 раза выше уровня женской и в 2-4 раза выше, чем в развитых странах [12].

Отмечаются такие тенденции, как постарение населения; снижение коэффициента фертильности; рост уровня смертности во всех возрастных группах, за исключением грудных детей; снижение ожидаемой продолжительности жизни, особенно у мужчин.

Такие проблемы в процессах воспроизводства населения могут представлять серьезную угрозу устойчивому развитию государства.

Депопуляция затронула (в разной степени) практически все территории Российской Федерации и почти все этнические группы. Однако за общими тенденциями скрываются значительные различия между субъектами Российской Федерации.

Так, общий коэффициент рождаемости (число родившихся на 1000 человек населения) в 1-м квартале 2007 г. колебался от 7,9 в Ленинградской области до 29,6 в Чеченской Республике, общий коэффициент смертности (число умерших на 1000 населения) – от 3,3 в Республике Ингушетия до 22,4 в Псковской области, коэффициент младенческой смертности (число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родив-

шихся живыми) – от 3,5 в г. Санкт-Петербурге до 33,3 в Еврейской автономной области.

Для субъектов Центрального и Северо-Западного федеральных округов характерны низкие показатели рождаемости и высокие показатели смертности. В ряде территорий Сибирского и Дальневосточного федеральных округов стабильно регистрируется высокий миграционный отток. В отдельных субъектах Российской Федерации Южного федерального округа чрезвычайно высоки показатели младенческой смертности. Демографические показатели регионов Приволжского и Уральского федеральных округов в целом соответствуют среднероссийскому уровню. Однако в ряде субъектов Российской Федерации, расположенных в этих федеральных округах, отмечаются значительные отклонения по отдельным показателям от среднероссийского уровня как в сторону превышения, так и в другую сторону.

Мировые и европейские тенденции динамики рождаемости практически идентичны российским. В большинстве экономически развитых стран отмечается снижение рождаемости и числа рождений на одну женщину. Однако показатели смертности, особенно смертности мужчин трудоспособного возраста, в России значительно выше, чем в странах Европейского Союза, Японии, США.

Динамика компонентов воспроизводственного процесса: соотношение величин естественного и механического приростов населения наглядно раскрывает уникальную ситуацию, которая получила в мире название "русский крест" – графически его образуют крестообразно пересекающиеся динамические кривые падения рождаемости и роста уровня смертности.

Анализ потерь продолжительности жизни в России [1] позволил ранжировать основные причины преждевременной смертности мужчин: 1) ишемическая болезнь сердца у лиц старше 48 лет и нарушения мозгового кровообращения у лиц старше 50 лет; 2) смертность от внешних причин в возрасте от 20 до 60 лет (ДТП и случайные отравления в возрасте от 35 до 50 лет, убийства в возрасте от 25 до 45 лет, самоубийства в возрасте от 38 до 39 лет); 3) болезни органов дыхания в возрасте от 50 до 60 лет. Эти данные сохраняют свою актуальность. Причем в трудоспособном возрасте основной причиной смертности мужчин являются внешние причины смерти (несчастные случаи и насильственные причины), на которые приходится примерно половина всех смертей. За ними следуют болезни системы кровообращения, на которые приходится примерно четверть смертей, и новообразования – около 10%. Оставшаяся часть распределена между болезнями органов дыхания, пищеварения и прочими заболеваниями, а также неустановленными причинами смерти.

У женщин смертность в трудоспособном возрасте в три с половиной раза ниже, чем у мужчин, и в ней существенно меньший удельный вес приходится на внешние причины, доля болезней системы кровообращения и новообразований значительно выше, чем у мужчин. Среди внешних причин смерти в трудоспособном возрасте преобладают самоубийства, случайные отравления алкоголем, убийства и насильствен-

ные смерти неуточненного характера (случайного или преднамеренного).

По данным исследований смертности в России, Москве и Удмуртской Республике, риск преждевременной смерти распределен очень неравномерно среди населения трудоспособного возраста. Он тем выше, чем ниже уровень образования. Риск смерти также повышен среди разведенных и вдовых по сравнению с состоящими в браке. При этом у женщин различия в смертности между состоящими и не состоящими в браке намного меньше, чем у мужчин.

Большинство смертей мужчин трудоспособного возраста происходят неожиданно и скоропостижно в результате несчастных случаев, насилия, сердечно-сосудистых катастроф и других стремительно развивающихся болезненных ситуаций. Многие из таких смертей происходят либо под воздействием алкоголя, либо при его существенном участии. Больше половины смертей от внешних причин и около четверти смертей от болезней системы кровообращения происходят при средней и более тяжелых степенях опьянения. Результаты опроса подтвердили выводы о негативном влиянии на смертность злоупотреблений алкоголем, а также о «защитной роли» образования и брака [9].

Анализ структуры причин смертности в динамике показал, что за последние годы отмечался рост показателей смертности от инфекционных и паразитарных болезней, в том числе от туберкулеза, болезней органов дыхания, системы кровообращения, несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе от случайных отравлений алкоголем, автотранспортных травм, убийств, самоубийств.

Высокий уровень смертности обусловлен не только внешними причинами. В России показатели распространенности сердечно-сосудистых заболеваний входят в число самых высоких в Европейском регионе ВОЗ. Рост числа случаев ВИЧ-инфицирования в стране является самым высоким в мире. По оценкам Европейского бюро ВОЗ, за последние 15 лет наиболее серьезное ухудшение состояния здоровья наблюдается среди мужчин трудоспособного возраста. У них отмечается наибольший рост показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин, в основном связанных с нездоровым образом жизни и рискованными формами поведения. Низкий уровень здоровья населения репродуктивного возраста, высокая распространенность аборт, патология беременности и родов обуславливают высокие показатели материнской, перинатальной смертности, мертворождаемости [2,3,4].

По данным дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы, проводимой в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006-2007 гг., абсолютно здоровыми (1 группа здоровья) признаны только 17,8% обследованных. С учетом 2-й группы здоровья (24,2%), в которую вошли люди, имеющие факторы риска развития заболеваний без клинических проявлений, всего 42% осмотренных признаны здоровыми. Т.е. более половины работников бюджетной сферы нуждались в дообследовании и лечении в амбулаторных и стационарных условиях.

нарных условиях. Среди работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, абсолютно здоровыми признано 36%, имеющих факторы риска без клинических проявлений – 23%, что в сумме составило 59%.

Состояние здоровья и уровень смертности населения отражаются на показателях ожидаемой продолжительности жизни населения страны, которая в настоящее время составляет 66,6 лет (в 1990 г. – 69,2 года). Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения России на 10-15 лет ниже, чем в странах Европейского Союза, Японии, США. При этом продолжительность жизни мужчин (60,4 года) на 13 лет ниже, чем у женщин (73,2 года), при разнице в 5-7 лет в развитых странах.

По мнению экспертов Европейского бюро ВОЗ, снижение ожидаемой продолжительности жизни в России за последние десять лет в основном связано с воздействием нестабильной экономической ситуации, нездорового образа жизни и широко распространенной недооценкой значимости факторов риска. Существенные факторы ухудшения состояния здоровья – низкий уровень доходов достаточно большей части населения и различия в уровне доходов между разными социальными группами, важную роль также играет уровень образования. Кроме того, более двух третей населения России проживают в районах, где отмечается загрязнение воздуха [2,3,4].

Кризисные явления в демографической и социальной сфере во многом связаны с ухудшением миграционной ситуации в стране. Вследствие изменения внутренних миграционных потоков в течение 1990-х годов интенсивно сокращается численность населения северных и восточных регионов России.

Определенную опасность для национальных интересов России представляет эмиграция населения. Если до середины 80-х годов численность выбывающих на постоянное жительство за границу ежегодно составляла 3 тыс человек, то в 1990 г. превысила 100 тыс и на этом уровне удерживалась в последующие годы. Особенно негативен для страны выезд профессионально подготовленной молодежи, на обучение которой затрачены значительные средства.

Согласно прогнозу Госкомстата России, без дополнительных мер население страны к 2016 г. может сократиться по сравнению с началом 2001 г. на 10,4 млн человек или на 7,2% и составит 134,4 млн человек. Положительный миграционный прирост не компенсирует естественной убыли населения.

Демографическая ситуация в Свердловской области является отражением таковой в Российской Федерации. Для оценки демографической ситуации в Свердловской области проведен анализ демографических показателей в динамике за период с 1990 г. В Свердловской области, как и в России в целом, в 1991-2006 гг. наблюдалась естественная убыль постоянного населения, в то время как до 1990 г. отмечался естественный прирост. Численность постоянного населения Свердловской области за 16 лет сократилась на 366,5 тыс человек (7,5%) и по состоянию на 01.01.2007 г. составила 4399,7 тыс человек, в том числе 83% городского населения (3659,4 тыс человек) и 17% сельского населения (740,4 тыс человек). С 1991

г. смертность населения в Свердловской области превышает рождаемость.

Как и в России в целом, современные параметры рождаемости ниже уровня, необходимого для простого воспроизводства населения. Суммарный коэффициент рождаемости составил 1,287. За 16 лет коэффициент рождаемости снизился с 12,1 до 10,7 на 1000 населения (38 ранговое место среди субъектов РФ, среднее по РФ – 10,4), пройдя критическую отметку 8,0 в 1999 г. В 2007 г. отмечается тенденция роста рождаемости.

Смертность с 11,2 на 1000 населения в 1990 г. увеличилась до 17,0 в 2003 г. и далее начала постепенно снижаться, составив в 2006 г. 15,2 на 1000 населения (42 ранговое место, РФ – 15,2). В текущем году эта тенденция сохранилась, по итогам 2007 г. число умерших сократилось на 4% по сравнению с 2006 г.

Причины общей смертности населения в Свердловской области аналогичны общероссийским. В 2006 г. на 1-м месте были сердечно-сосудистые заболевания (55,7%), на 2-м месте (15,4%) – травмы и отравления, на 3-м месте (13,6%) – новообразования. Эти три причины дают почти 85% всех случаев смерти. На четвертом месте – болезни органов пищеварения (4,2%), на пятом – органов дыхания (3,4%).

В трудоспособном возрасте умирают около трети от общего числа умерших всех возрастов (в 2001 г. – 30,2, в 2002 г. – 30,9, в 2003 г. – 32, в 2004 г. – 33,4, в 2005 г. – 33,3, в 2006 г. – 31,4%). Показатель смертности в трудоспособном возрасте (7,51 на 1000 человек трудоспособного возраста) сохранил тенденцию к снижению и уменьшился на 13,6%.

Снижение показателя смертности трудоспособного населения произошло за счет снижения смертности от заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, травм и отравлений (за исключением смертности от инфаркта, которая выросла на 6,2% по сравнению с уровнем 2005 г.). 79,5% всех умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины. Серьезной проблемой является «сверхсмертность» мужчин трудоспособного возраста вследствие внешних причин. В структуре смертности трудоспособного населения 1-е место занимают травмы и отравления (36,9%), 2-е место – болезни системы кровообращения (28,1%), 3-е место – новообразования (11,5%). Сохраняющийся высокий уровень смертности трудоспособного населения от травм и отравлений связан со значительной долей насильственных смертей – убийств и самоубийств, дорожно-транспортных происшествий, отравлений алкоголем.

Сохраняются различия в структуре смертности в трудоспособном возрасте у мужчин и женщин. На долю травм и отравлений как причин смертности у мужчин приходится 38,6% всех случаев смерти, у женщин – 30,1%, на долю болезней системы кровообращения – соответственно 28,9 и 24,7%, новообразований – 9,9 и 17,6% соответственно. Причины многофакторны по своей природе и включают, помимо медицинских, также и социально-экономические, культурно-образовательные аспекты. Начиная с 2005 г., смертность трудоспособного населения от управляемых причин несколько сокраща-

ется, в основном, за счет уменьшения смертности от насильственных причин.

По данным Всемирной организации здравоохранения, признанным индикатором благополучия в обществе, а, следовательно, и уровня социально-демографической безопасности, является показатель младенческой смертности.

С 1996 г. в Свердловской области отмечается снижение младенческой смертности. В 1990 г. – показатель составлял 16,1 (на 1000 родившихся живыми), к 1996 г. поднялся до 19,3, а в 2006 г. составил 8,7 (74 ранговое место, РФ – 10,2). В 2006 г. абсолютное число детей, умерших до 1 года, составило 411, сократившись по сравнению с 1990 г. в два раза. Следует отметить, что в 80-90-е годы XX века снижение уровня младенческой смертности происходило в основном за счет сокращения смертности детей до 1 года от болезней органов дыхания и некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. В последние годы все большее значение приобретает снижение смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период, а также от врожденных пороков развития. В то же время остается резерв среди внешних причин, инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания и пищеварения, которые могут быть устранены или смягчены при совершенствовании системы перинатальной помощи, надлежащем уходе за новорожденными, соблюдении стандарта ведения детей первого года жизни, своевременном обращении за медицинской помощью, адекватном ее качестве.

В результате позитивных изменений показателей рождаемости и смертности впервые за последние годы начал снижаться уровень естественной убыли постоянного населения Свердловской области. По итогам 2006 г. естественная убыль составила 4,5 на 1000 населения (45 ранговое место, РФ – 4,8). В 2007 г. значение ее составило 3,4 на 1000 населения (на 18% ниже среднеголетнего уровня).

Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2006 г. составила 64,9 года (в 2005 г. – 63,2 года). В последние годы наметилась тенденция к ее увеличению, однако она остается ниже среднероссийского значения (РФ – 66,6). Ожидаемая продолжительность жизни мужчин на 12 лет ниже, чем женщин. Для сравнения – в Японии этот показатель составляет 82,1, в Австралии и Швеции – 80,6, во Франции – 80,3, Канаде – 79,9, Италии – 79,7, Финляндии – 78,8, Германии – 78,6, Великобритании – 78,5, США – 77,5 лет.

На демографию оказывает влияние совокупность факторов: производственная сфера, уровень образования и его доступность, обеспеченность жильем, занятость населения, экологическая обстановка, уровень здоровья населения и состояние системы здравоохранения, производство продуктов и многие другие [13,15]. Рождаемость, смертность и миграционные процессы являются точками приложения демографической политики.

Уровень рождаемости относится к достаточно инертным показателям и лишь в незначительной степени зависит от состояния системы охраны здоровья. Основные усилия в сфере здравоохранения должны

быть направлены на снижение уровня смертности, для чего проводится анализ причин наибольших потерь, среди которых выделяются предотвратимые, т.е. управляемые, причины. Необходимо разделять факторы, находящиеся в компетенции здравоохранения (развитие системы здравоохранения, качество и доступность медицинской помощи, раннее выявление заболеваний, вторичная и третичная профилактика, участие в первичной профилактике заболеваний), и факторы, выходящие за её рамки.

Использование только медицинских способов влияния на уровень смертности малоэффективно. Подобный путь приводит к умеренному снижению уровня смертности и к значительному увеличению расходов на здравоохранение.

Наибольшее влияние на показатели смертности от управляемых причин можно добиться при применении мер первичной профилактики, изменении образа жизни. Так, среди многочисленных факторов риска развития болезней системы кровообращения неустранимыми являются лишь четыре (пол, возраст, наследственность, этническая принадлежность). Остальные (курение, злоупотребление алкоголем, избыточный вес, повышенное артериальное давление и т.д.) в той или иной степени поддаются управлению. При снижении влияния только трех из них (гипертонии, алкоголя, курения) можно сохранить 46% потерянных лет здоровой жизни.

Причины возникновения онкологических заболеваний – неправильное питание, курение, экологическая обстановка, гепатогенные нагрузки, хронические инфекции, алкоголь, лучевые нагрузки. Большинство из них являются управляемыми.

Преимущественно немедицинскими методами необходимо влиять на уровень смертности от внешних причин, которые, по сравнению с другими причинами смертности, имеют наиболее выраженную «социально-экономическую» окраску.

Наибольшее выигрыша можно добиться при снижении смертности мужчин от несчастных случаев, травм и отравлений, болезней сердца и сосудов, онкологических заболеваний. При этом необходимо одновременное сохранение политики, направленной на стимулирование рождаемости и регулирование миграционных процессов, что потребует значительных межведомственных усилий.

Сформировались обширные группы населения, условия и образ жизни которых несовместимы со здоровым образом жизни, в обществе продолжается распространение вредных привычек. Решающий вклад в преждевременную смертность вносят неконтролируемая алкоголизация и потребление населением наркотических средств. Им сопутствуют болезни, связанные с поражением внутренних органов, снижение интеллектуального потенциала населения, травматизм, суициды, рост преступности и др.

Главное направление – значительное усиление профилактического направления не только за счет здравоохранения, но и за счёт других субъектов профилактики. Стратегия массовой профилактики заключается в изменении образа жизни и факторов окружающей среды, связанных с заболеваниями, а также социальных и экономических детерминант [14]. Реа-

лизация такой стратегии является задачей всех ветвей и уровней власти при инициативной и каталитической роли здравоохранения.

Второе направление – выявление лиц с высоким риском заболевания, коррекция факторов риска, раннее лечение. Здесь роль здравоохранения преобладает.

Третье направление – вторичная и третичная профилактика, которая заключается в выявлении лиц с ранними стадиями заболевания либо после перенесенных острых состояний и проведении соответствующих профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. В этом секторе роль здравоохранения ведущая. Оптимальные результаты получаются при сочетании всех трех направлений.

Для решения демографических проблем была разработана и утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. №1351 Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. В ней обозначены основные задачи демографической политики:

- сокращен не уровень смертности от внешних причин, прежде всего, в трудоспособном возрасте не менее чем в 1,6 раза;

- сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;

- сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов;

- повышение уровня рождаемости (увеличение суммарного показателя рождаемости в 1,5 раза) за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей;

- укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений;

- привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития.

Анализ медико-демографической ситуации в Свердловской области позволил выделить следующие основные проблемные зоны:

- низкая рождаемость, массовое распространение однодетной семьи, не обеспечивающей простого воспроизводства населения;

- высокая общая смертность и смертность в трудоспособном возрасте;

- высокая смертность мужчин в трудоспособном возрасте, в первую очередь, от травм и отравлений. Общая тенденция динамики смертности населения сопряжена со «сверхсмертностью» людей трудоспособного возраста, среди которых около двух третей составляют мужчины. Уровень смертности среди мужчин в 3,5 раза выше, чем среди женщин, и в 2-4 раза выше аналогичного показателя в развитых странах;

- высокими остаются показатели смертности от болезней системы кровообращения, несчастных случаев, травм и отравлений, онкологических заболеваний;

- вызывает беспокойство распространенность социально-значимых заболеваний, особенно ВИЧ-инфекции и туберкулеза;

- внимания требуют здоровье беременных женщин, состояние здоровья подрастающего поколения, вопросы репродуктивного здоровья;

- сохраняется отрицательный прирост населения и низкая ожидаемая продолжительность жизни.

На основе результатов проведенного анализа для решения вопросов демографического развития в Свердловской области разработана система программных мероприятий.

Были выделены приоритетные направления по сокращению уровня смертности населения, входящие в зону ответственности системы здравоохранения:

1. Сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы за счет:

- создания комплексной системы профилактики факторов риска, ранней диагностики артериальной гипертензии, разработки и внедрения в амбулаторно-поликлиническую практику стандарта ведения пациентов с артериальной гипертензией, школ для пациентов, внедрения профилактических образовательных программ;

- разработки и внедрения территориального стандарта и алгоритма действий при остром нарушении мозгового кровообращения, обеспечение взаимодействия бригад скорой медицинской помощи со стационарными подразделениями учреждений здравоохранения, в том числе оказывающих нейрохирургическую и кардиохирургическую помощь;

- совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи (нейро- и кардиохирургической), а также развитие системы восстановительного лечения и реабилитации этих больных.

2. Сокращение уровня смертности от внешних причин:

- в результате дорожно-транспортных происшествий за счет повышения оперативности, качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на всех её этапах, в том числе за счет организации трассовых пунктов центра медицины катастроф на ключевых магистралях области;

- меры, направленные на профилактику и лечение алкогольной и наркотической зависимости как факторов риска смертности от травм и отравлений;

- сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности работы клиники неврозов и суицидологического центра.

3. Сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет:

- внедрения программ профилактики, а также алгоритмов скрининговых обследований для раннего выявления онкологических заболеваний на амбулаторном этапе оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе на общих врачебных практиках;

- совершенствования организации онкологической службы с внедрением современных технологий лечения.

4. Сокращение уровня смертности от ВИЧ/СПИДа и туберкулеза за счет совершенствования программ профилактики, диагностики и лечения этих заболеваний, а также за счет применения новых подходов в организации работы областного центра по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями с созданием сети межтерриториальных филиалов.

5. Повышение доступности медицинской помощи для жителей сельской местности и отдаленных районов путем развития сети общих врачебных практик и организации работы выездных поликлиник.

6. Сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков путем:

- повышения доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, новорожденным детям за счет развития семейно ориентированных перинатальных технологий, снижающих риск неблагоприятного исхода беременности и родов,

- укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства в соответствии со стандартами оснащения родовспомогательных учреждений, создания сети перинатальных центров;

- обеспечения доступности и повышения качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий;

- проведения ежегодной диспансеризации в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья детей и подростков, а также профилактических и оздоровительных мероприятий;

- обеспечения доступности первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям, совершенствования системы оказания реабилитационной помощи детям и подросткам, совершенствования профилактической работы по формированию установок на здоровый образ жизни, по предупреждению нежелательной беременности, распространения алкоголизма, наркомании, табакокурения;

- восстановления и модернизации системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.

Стратегическим документом, определяющим направления деятельности по улучшению демографической ситуации, является Концепция сбережения населения Свердловской области на период до 2015 г. Ее основные социальные приоритеты совпадают с положениями Концепции демографической политики Российской Федерации. С 2002 г. реализуется Концепция семейной политики, с 2003 г. – Концепция развития здравоохранения Свердловской области, а с августа 2007 г. – Программа демографического развития Свердловской области на период до 2025 г. («Уральская семья»). Всего в Свердловской области принято 72 нормативных правовых документа по различным направлениям, влияющим на повышение рождаемости, предотвращение преждевременной

смертности, регулирование миграционных процессов, обеспечение социальной поддержки и создание привлекательного образа семейной жизни, материнства, отцовства, укрепление семейных традиций. Таким образом, с 2001 по 2007 гг. в Свердловской области на основе анализа и мониторинга медико-демографических показателей была сформирована не только идеологическая, но и нормативная правовая основа для стабилизации демографических процессов и обеспечения социально-демографической безопасности при межведомственном взаимодействии.

Уже сегодня благодаря целенаправленной деятельности по развитию социально-трудовой сферы, мерам по предотвращению преждевременной смертности населения наблюдается постепенное увеличение уровня рождаемости, снижение показателей смертности, сокращение естественной убыли, некоторое увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения. Так, по итогам 2006 и предварительным данным 2007г. отмечено, что:

- рост рождаемости составил 14% по сравнению со среднемноголетним уровнем и 3% относительно уровня, достигнутого в 2005 г. (2007 г. – 11,3, 2006 г. – 10,7, 2005 г. – 10,4);

- естественная убыль населения уменьшилась на 18% по сравнению со среднемноголетним уровнем и на 26% относительно 2005 г. (2007 г. – 3,4, 2006 г. – 4,5, 2005 г. – 6,2);

- младенческая смертность снизилась на 41% по сравнению со среднемноголетним уровнем и на 16% относительно 2005 г. (2007 г. – 7,3, 2006 г. – 8,7, 2005 г. – 10,4);

- продолжается тенденция снижения смертности детей, показатель составил 99,9 случая на 100 тысяч детей, что на 19% ниже среднемноголетнего уровня и на 24% относительно 2005 г.;

- общая смертность (2007 г. – 14,7, 2006 г. – 15,2, 2005 г. – 16,6) и смертность лиц трудоспособного возраста, показатель составил 7,5 случая на 1000 человек, на 13% меньше, чем среднемноголетний уровень и на 14% ниже уровня 2005 г. (2007 г. – 6,2, 2006 г. – 7,5, 2005 г. – 8,7);

- частота и длительность заболеваний трудоспособного населения, показатели составили соответственно 54 случая и 781,5 дней нетрудоспособности на 100 работающих снизились относительно уровня 2005 г. на 4 и 3% соответственно;

- стабильные показатели инфекционных и паразитарных заболеваний сохраняются на уровне среднемноголетних (22090 случаев на 100 тысяч населения). Благодаря массовой иммунизации в течение последних 5 лет не регистрируются широкомасштабные эпидемии гриппа. Не зарегистрировано случаев заболевания столбняком и полиомиелитом, до единичных случаев снижена заболеваемость корью, дифтерией, паротитом, коклюшем, гепатитом В;

- сохраняется тенденция к увеличению средней ожидаемой продолжительности жизни (2007 г. – 65,8 лет, 2006 г. – 64,9 лет, 2005 г. – 63,2 лет).



В результате комплекса мер, в первую очередь, по снижению смертности в Свердловской области численность постоянного населения в 2050 г. составит 4762-4825 тыс человек, увеличившись по сравнению с 2006 г. на 8-10%, уровень естественной убыли постоянного населения снизится в 2050 г. до -0,8/ -0,5 промилле (в 2006 г. -15,3 промилле). Без реализации активной демографической политики этот показатель составил бы -2,5 промилле. Прогноз демографических показателей был разработан по двум вариантам развития. Первый – «пессимистичный» - вариант предполагает развитие демографической ситуации в Свердловской области в период до 2050 г. под влиянием существующих тенденций естественного и миграционного движения населения и современной половозрастной структуры постоянного населения области. Второй вариант – «оптимистичный» - предполагает развитие демографической ситуации с учетом комплекса целенаправленных мероприятий по созданию благоприятных условий для роста рождаемости, повышения доступности, своевременности и качества медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, улучшения экологической ситуации в области, увеличения продолжительности жизни. Число родившихся в прогнозном периоде составит 52,6-54,5 тыс человек, увеличившись на 11,2-15,2% по сравнению с 2006 г. Уровень рождаемости в 2050 г. составит 11,05-11,3 промилле (по итогам 2006 г. уровень рождаемости составил 10,7 промилле). При этом в прогнозном периоде у женщин в возрастной группе наибольшей плодовитости прогнозируется существенное увеличение интенсивности рождаемости (с 2006 г. к 2050 г. – в 1,6-1,8 раза).

Смертность постоянного населения Свердловской области снизится с 67,2 тыс человек в 2006 г. до 56,4 тыс человек в 2050 г., что обусловит сохранение тенденции старения населения Свердловской области. Численность населения возрастной категории старше трудоспособного возраста увеличится в 2050 г. в 3,5-3,8 раза по сравнению с 2006 г.

В прогнозном периоде до 2050 г. сохранится естественная убыль населения. Однако при условии реализации комплекса мероприятий, направленных на

народосбережение (оптимистичный вариант), к 2010 г. уровень естественной убыли населения снизится до -2,4 промилле по первому варианту прогноза и -2,3 промилле по второму варианту, а к 2050 г. – -0,8 и -0,5 соответственно. Ежегодно увеличивающийся миграционный прирост будет возмещать естественные потери постоянного населения Свердловской области по «активному» варианту уже с 2010 г., а по «пассивному», только начиная с 2024 г.

Оптимистичные прогнозные ожидания связаны с активной реализацией, как на уровне Российской Федерации, так и в Свердловской области Национальных проектов, мероприятий по обеспечению доступности медицинской помощи от первичного звена до высокотехнологичной помощи, проведению целенаправленной политики по предотвращению смертности и стимулированию рождаемости, укреплению института семьи, разумной миграционной политики в рамках Программы демографического развития Свердловской области до 2025 г. («Уральская семья»).

Продолжая целенаправленную работу по всем перечисленным направлениям, выделяя приоритеты, находящиеся в сфере ответственности здравоохранения, консолидируя действия исполнительных органов государственной власти и местного самоуправления, общественных организаций, хозяйствующих субъектов и граждан в рамках Программы демографического развития Свердловской области, можно рассчитывать на достижение поставленных целевых показателей, что позволит обеспечить стабилизацию численности населения и формирование основы для последующего демографического роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А., Школьников В. Смертность в России – главные группы риска и приоритеты действия. – М.: Центр Карнеги, 1997.
2. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2007 год. Более безопасное будущее. <http://www.who.int/about/regions/euro/ru/index.html>.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе // Региональные публикации ВОЗ, Европейская се-

- рия. - 2002. - № 97. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002.
4. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2006/2007. Регионы России: цели, проблемы, достижения // Программа развития ООН, 2007. - 145с. http://www.undp.ru/nhdr2006_07rus/NHDR_Russia_2006-07rus.pdf.
 5. Збарская И.А. Демографическая, национальная и социальная структура общества: итоги Всероссийской переписи населения 2002 г. // Социология власти. Административная реформа в России: социолого-политологический анализ. - М.: Изд-во РАГС, 2004. - С.106. www.gks.ru
 6. Кальченко Е.И. Вымирающая Россия: реалии, причины, возможности. - СПб, 2002. - 45с.
 7. Комплексная методика оценки социально-демографической безопасности региона. / Под ред. акад. РАН А.И.Татаркина, д.э.н., профессора А.А.Куклина. - Екатеринбург, 2007. - 156с.
 8. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года №1351).
 9. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период / Под ред. В.М.Школьников и В.В.Червякова. - М., 2000. - 53с.
 10. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / В.Г.Семенова и др. / Под ред. Ю.В.Михайловой, Е.А.Ивановой. - М.: ЦНИИОИЗ, 2006. - 312с.
 11. Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерий потери здоровья населения // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 30-31 мая 2006 г. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. - 296с.
 12. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Проблемы Российской смертности, ее последствия и приоритетные направления действий / Сб. научн. трудов Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерий потери здоровья населения», Москва, 30-31 мая 2006 г. - М.: РИО ЦНИИОИЗ. 2006. - С.4-41.
 13. Харькова Т.Л., Кваша Е.А. Тенденции устранимой смертности в России и опыт развитых стран по ее снижению / Сб. научн. трудов Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерий потери здоровья населения», Москва, 30-31 мая 2006 г. - М.: РИО ЦНИИОИЗ. 2006. - С.41-46.
 14. Царик Г.Н., Данцигер Д.Г. Роль организационных технологий профилактики неинфекционной заболеваемости как основной причины смертности населения / Сб. научн. трудов Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерий потери здоровья населения», Москва, 30-31 мая 2006 г. - М.: РИО ЦНИИОИЗ. 2006. - С.169-173.
 15. Цыцорина И.А., Финченко Е.А., Хоптян Д.А., Левин О.Б. Влияние здравоохранения на уровень и причины смертности населения / Сб. научн. трудов Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерий потери здоровья населения», Москва, 30-31 мая 2006 г. - М.: РИО ЦНИИОИЗ. 2006. - С.122-124.